

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE.— N° 4

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

TUBERCULIDES CUTANÉES

ET PARTICULIÈREMENT

DE LA FORME ACNITIS

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON
(MÉDECINE)

Et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie le 7 Juillet 1902

PAR

THÉODORE ARNAOUDOFF

Né à Jambol (Bulgarie), le 18 octobre 1874



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

1902



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE.— N° 4

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

TUBERCULIDES CUTANÉES

ET PARTICULIÈREMENT

DE LA FORME ACNITIS

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON
(MÉDECINE)

Et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie le 7 Juillet 1902

PAR

THÉODORE ARNAOUDOFF

Né à Jambol (Bulgarie), le 18 octobre 1874



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

1902

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE. ASSESSEUR.
CROLAS QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVÉAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD
Clinique ophthalmologique.....	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.....	FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants.....	GAYET.
Physique médicale.....	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.....	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.....	WEILL.
Matière médicale et Botanique.....	MONOYER.
Parasitologie.....	HUGOUNENQ.
Anatomie.....	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.....	FLORENCE.
Physiologie.....	LORTET.
Pathologie interne.....	TESTUT.
Pathologie externe.....	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	MORAT.
Anatomie pathologique.....	TEISSIER.
Médecine opératoire.....	AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.....	MAYET.
Médecine légale.....	TRIPPIER.
Hygiène.....	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.....	ARLOING.
Pharmacologie.....	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des maladies des femmes..... M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.....	MM. CHANDELUX, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS, —
Propédeutique médicale.....	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.....	ROLLET. —
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN. —
Anatomie pathologique.....	DEVIC, —
Physiologie.....	DOYON, —
Accouchements.....	FABRE, —
Botanique.....	BEAUVISAGE, —
Hydrologie et matières alimentaires.....	CAUSSE, D ^r ès sciences.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIGT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. GAILLETON, Président; M. LANNOIS, Assesseur;
MM. ROQUE et COURMONT (P.), Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MON FRÈRE

INTRODUCTION

L'acnitis est une maladie rare. Ayant eu l'occasion d'en observer un cas à la clinique de l'Antiquaille, sur les conseils de M. le Dr Carle, chef de clinique, nous avons jugé à propos d'étudier cette affection et d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Notre travail comprendra les six chapitres suivants :

- I. — Historique.
- II. — Observations.
- III. — Anatomie pathologique.
- IV. — Clinique.
- V. — Diagnostic.
- VI. — Etiologie. — Pathogénie.
- Conclusions.

En outre, une planche donnant la reproduction des lésions, chez le malade que nous avons observé, complètera cette étude.

Avant d'aborder le sujet de ce modeste travail, nous avons un devoir à remplir, celui de remercier nos maîtres de la Faculté de Médecine et des Hôpitaux de Lyon, pour l'éminent enseignement dont nous leur sommes redevable.

Nous avons contracté une dette de reconnaissance envers M. le Dr Carle. Il ne nous a jamais ménagé ni le temps ni les conseils. Il nous a toujours reçu avec une affabilité qui lui est propre, nous garderons de lui un souvenir précieux. Qu'il soit assuré de notre ineffaçable reconnaissance.

M. le professeur Gailleton nous a fait le plus grand honneur en acceptant la présidence de notre thèse. Qu'il veuille agréer l'expression de nos remerciements les plus respectueux.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

L'affection qui nous occupe, longtemps méconnue et classée dans le groupe aussi vaste que vague des folliculites, n'a été bien étudiée que dans ces dernières années.

Tirées du groupe confus des folliculites, ces lésions furent étudiées, pour la première fois, par Boeck, en 1880; il les désigna sous le nom de *lupus érythémateux diffus*. Dix ans après, en 1890, Brocq décrit cette affection à nouveau et la désigne sous le nom de *folliculites disséminées symétriques des parties glabres, à tendance cicatricielle*.

En janvier 1891, M. Barthélemy a publié sur cette affection un mémoire intitulé : *De l'acnitis, ou d'une variété spéciale de folliculites et péri-folliculites généralisées et disséminées*. Ce travail, fait en collaboration avec MM. Darier, Jacquet et de St-Germain,

renferme, en particulier, deux observations remontant à 1882, l'une d'acnitis, l'autre de folliclis, prises toutes deux à l'hôpital St-Louis, dans le service de M. Fournier.

En avril 1891, c'est-à-dire la même année, M. Bronson, dans le *Journal of cutaneous and gen. ur. diseases*, publie une observation de cette affection qu'il appelle « Acne varioliformis of the extremities ».

En 1892, M. Politzer, dans le *Monatsh. für prak. Dermatologie*, rapporte un cas semblable; il nomme cette affection sous le nom de « Hydradenitis destruens suppurative ».

La même année, M. W. Dubreuilh décrit la même affection sous le nom de « Hydrosadénite suppurative disséminée » (*Annales de Dermatologie*, 1892).

Le 1^{er} janvier 1893, il reprend la question dans les *Archives de Médecine expérimentale et d'Anatomie pathologique*. Il en fait une nouvelle discussion basée sur deux observations. En 1896, Unna décrit une « Spiradénite disséminée suppurative » (*Die histo.-path. der Haut*, 1894).

En 1896, MM. Tenneson, Leredde et Martinet publient un mémoire sur un « Granulome innominé » (*Annales de Dermatologie*).

L'attention des dermatologistes est alors attirée vers cette nouvelle affection, et de nombreux observateurs en publient de nouveaux cas (MM. Barthélemy, Darier, Brocq, du Castel, Hallopeau, G. Bureau, Laffitte, Danlos, Thibierge). La plupart de ces cas sont présentés, en 1896, à la Société française de

Dermatologie et de Syphiligraphie, où on les analyse et on les discute.

On rapproche alors de cette affection un grand nombre d'autres maladies désignées sous les noms d'acné des cachectiques, d'acné scrofulosorum, de folliculites disséminées ou groupées, et on remarque que toutes ces dermatoses ont, entre elles, de grandes analogies, qu'elles forment presque un groupe naturel et que, bien plus, très souvent ces différentes variétés se trouvent réunies sur un même sujet.

En outre, en étudiant de près les observations, il semble alors qu'il existe entre ces diverses affections et la tuberculose une certaine relation. On l'ignore, mais néanmoins, il semble qu'il en existe une.

M. Hallopeau, le premier, émet cette opinion (1^{re} séance d'avril de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie) et fait, à ce sujet, une communication au Congrès de Londres (*Sur les rapports de la tuberculose avec les maladies de la peau autres que le lupus vulgaire*). Dans son rapport, M. Hallopeau, après avoir distingué : 1^o des tuberculoses cutanées bacillaires (lupus scléreux de Vidal, tuberculose verruqueuse de Riehl, tuberculose papillomateuse de Besnier, le tubercule anatomique, les gommes, etc.); 2^o des tuberculoses cutanées provoquées vraisemblablement par une forme microbienne, distincte du bacille vulgaire (lupus érythémateux, lupus pernio), admet une troisième variété de tuberculoses cutanées, lesquelles tuberculoses cutanées seraient

engendrées par des toxines émanées de foyers tuberculeux plus ou moins éloignés. Dans cette classe rentreraient le lichen scrofulosorum, l'acné des cachectiques, l'acné scrofulosorum, les folliculites isolées ou agminées en placards à progression excentrique, la tuberculose papulo-vésiculeuse, érythèmes noueux et les formes mixtes.

C'est alors que M. Darier propose, pour éclaircir un peu la question, de donner à toutes ces variétés le nom générique de *tuberculides* (*Soc. de Derm.*, 1896). Ce nom de tuberculides, admis par les uns, rejeté par les autres, admis enfin par d'autres avec certaines réserves, résume à peu près l'état de la question.

« Toutes ces dermatoses, dit-il, désignées sous le nom d'acné des cachectiques, d'acnés scrofulosorum, de folliculite dissiminée ou groupée, d'acnitis, de folliclis, d'hydrosadénite destruens ou suppurative, de granulome innominé ou même de lupus érythémateux disséminé (Bœck), etc., ont entre elles de grandes analogies, elles forment un groupe naturel; toujours il s'agit d'éruptions successives, d'éléments débutant par des papules ou nodules intradermiques plus ou moins profonds, indolents, se couronnant d'une vésico-pustule qui se crève ou se dessèche en croûte, offre une dépression ulcéreuse assez profonde, et guérit en laissant une macule cicatricielle et pigmentée; l'évolution des éléments est d'une lenteur caractéristique et dure des semaines et des mois. La topographie et le groupement des éléments sont très variables. On ne peut pas, actuellement,

subdiviser ce groupe en types bien définis. Souvent on observe plusieurs types décrits sous des noms différents chez un même sujet ».

Il ressort des observations publiées, qu'il existe une relation certaine entre ces éruptions et la tuberculose. Très souvent, on les constate chez des malades atteints de tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire; quelquefois elles coexistent avec des tubercules cutanées, telles que lupus ou gommes tuberculeuses; elles offrent ainsi des rapports avec le lichen scrofulosorum, le lupus érythémateux, le lupus pernio et les engelures.

La nature de cette relation n'est pas élucidée; personne n'a trouvé des bacilles de Koch dans les lésions du groupe en question. S'agit-il de toxines, d'infections surajoutées? C'est ce qu'on ignore. L'histologie a donné, dans quelques cas, des résultats assez discordants.

Mais, quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins que la relation clinique de ces éruptions avec la tuberculose est très évidente; qu'il y a intérêt à leur donner un nom générique qui rappelle cette relation, et c'est alors que M. Darier a proposé celui de *tuberculides*.

M. Hallopeau applique le nom de tuberculides proposé par M. Darier, à toutes les manifestations cutanées, bacillaires ou non, de la tuberculose, comme l'est celle de syphilides à toutes les dermatoses syphilitiques.

Il différencie deux ordres de ces dermatoses : les *tuberculides bacillaires* et les *toxi-tuberculides*.

Dans les *tuberculides bacillaires*, il classe les formes suivantes : *tuberculides miliaires aiguës*, *lupus vulgaire*, *tubercule anatomique*, *tuberculides scléreuses et verruqueuses*, *tuberculides gommeuses*, *tuberculides suppuratives* comprenant les *impétigineuses* et *pustulo-ulcéreuses* et *tuberculides végétantes*.

Dans les *toxi-tuberculides* : 1^o le *lupus érythémateux*; 2^o le *lichen scrofulorum*; 3^o les *tuberculides papuleuses et nécrosiques* et *l'acnitis*; 4^o les *tuberculides papulo-érythémateuses*; 5^o les *tuberculides suppuratives pemphigoïdes* et *vésico-pustuleuses* comprenant *l'acné cachecticorum* et *l'acné scrofulosorum*; 6^o *l'érythème induré*.

Ces *toxi-tuberculides* sont dues à l'action de *toxines émanées de foyers bacillaires* et transportées par la circulation à distance de leur foyer d'origine.

M. Hallopeau a formulé cette interprétation toxique des dermatoses tuberculeuses, en 1888, avec Wikham, dans une communication au 1^{er} Congrès pour l'étude de la tuberculose et, en 1892, à propos d'une présentation, à la Société de Dermatologie, d'un cas de lichen scrofulosorum. Puis, au Congrès de la tuberculose : « Etudes de moulages et de maladies au point de vue des toxi-tuberculides », 1898.

Tout récemment, M. Haury (1) a essayé de faire une classification des tuberculides en les divisant en quatre groupes principaux :

1^o *Tuberculides du groupe acnitis*; 2^o *Tuberculides*

(1) Thèse de Paris, 1899.

de groupe folliclis; 3° *Tuberculides miliaires ou lichenoïdes*; 4° *Tuberculides nodulaires*.

1° *Groupe acnitis*. — D'habitude on le confond avec le groupe folliclis; mais l'ensemble de ses caractères cliniques et histologiques ne permet pas de le comprendre avec le groupe folliclis.

Il a été décrit sous des noms, tels que :

Acné varioliforme de Hébra (Pick, 1899).

Hydradenitis destruens suppurative (Pollitzer, 1892); acnitis (Barthélemy, 1891).

Acné telangiectodes (Kaposi, 1894).

2° *Groupe folliclis*. — C'est le premier qui paraît avoir été différencié (Hutchinson, 1879). Quoique peu fréquent, il est cependant moins rare que le précédent.

Comme lui il a été décrit sous des noms multiples, tels que :

Psoriasis scrofuleux (Hutchinson, 1879).

Lupus érythémateux disséminé (Boeck, 1880).

Folliculites disséminées des parties glabres à tendances cicatricielles (Brocq, 1890).

Folliclis (Barthélemy, 1891).

Acné varioliforme des extrémités (Bronson, 1891).

Hydrosadénites disséminées suppuratives (Dubreuilh, 1893).

Granulome innominé (Tenneson, Leredde et et Martinet, 1896).

Engelures nécrosiques (Allen, *New-York Derm. Society*, 1897), etc.

Bien que Hutchinson l'ait signalé nettement dans

ses leçons sur le lupus érythémateux (1879), c'est au professeur Boeck que revient l'honneur d'en avoir donné la première description d'ensemble.

3^o *Groupe miliaire ou lichénoïde.* — Les affections dans ce troisième groupe ont été désignées, par les dermatologistes anglais surtout, sous les noms d'acné scrofulosorum, de scrofulide acnéiforme, de scrofulides à petites pustules, etc. (Crocker, Colcott Fox, Pringle, Galloway, Morris, etc.). Par les auteurs français, sous ceux de folliculites scrofulosorum (Du Castel);

Folliculites miliaires ou disséminées (Thibierge);

Folliculites suppuratives isolées ou en placards (Hallepeau);

Acné des cachectiques (Hebra, Kaposi).

On a donné à ce groupe le nom de lichénoïde pour rappeler sa parenté étroite avec le lichen des scrofulieux typiques, que l'on pourrait encore appeler folliculite pilo-sébacée tuberculeuse sèche et en placards, ou mieux tuberculose cutanée papuleuse (Gaucher).

4^o *Groupe nodulaire.* — Ce groupe devrait évidemment comprendre les lésions plus ou moins localisées de l'érythème induré, types Bazin, Hutchinson, dont l'étude clinique a surtout été faite par les dermatologistes anglais (Hutchinson, Colcott Fox, Pringle, Galloway, R. Crocker, etc.) qui ont, en outre, insisté d'une façon très catégorique sur les rapports des lésions avec la tuberculose.

Il a été décrit sous les noms :

Hydrosadénite. (Dr Giovannini, 1889).

Ecthyma scrofuleux (Gastau et Emery, 1896).

« En dehors et à côté des tuberculoses cutanées incontestables et connues, contenant le bacille, écrivait Darier, en 1896, il y aurait toute une série de tuberculides cutanées qu'il s'agit d'étudier, de soumettre à l'analyse anatomo-pathologique, pour arriver à voir clair dans la délimitation de ce groupe et dans les subdivisions qu'il comporte ».

Or, ce travail est loin d'être terminé. Depuis cette époque, de multiples observations ont été publiées, toutes si dissemblables qu'il semble que l'on soit en présence d'un chaos de faits inexplicables à cause de cette multiplicité. Il est déjà difficile d'extraire de leur ensemble un type descriptif général ; il l'est encore davantage, dans un travail analytique, de trouver les caractères distinctifs sur lesquels se baseront les sous-divisions nécessaires. Si l'on en s'abstrait par les détails, on sera toujours tenté de ne pas classer un cas nouveau dans les anciens cadres. Ainsi, en attendant d'autres descriptions et d'autres classements, pensons-nous qu'il y a tout intérêt, en matière de tuberculides, à s'attacher aux caractères essentiels, siège, aspect objectif, évolution. Dût-on insister sur les similitudes, il y a tout intérêt à faire rentrer les trouvailles nouvelles dans les anciennes divisions, ne fût-ce que pour désencombrer le terrain et faciliter la tâche aux futurs classificateurs.

En attendant, nous adoptons les quatre grandes

classes de tuberculides étudiées par Haury, dans sa thèse (Paris 1899), acnitis, folliclis, formes lichénoïdes, formes nodulaires.

Nous rangeons ce nouveau cas dans les acnitis, et nous expliquerons les raisons de ce classement après avoir exposé l'observation. Il est bien entendu que cette dénomination, purement objective et symptomatique, n'implique nullement participation de l'appareil sébacée, ni même prépondérance des lésions autour de ces glandes.

CHAPITRE II

Observations.

Observations du Dr BARTHÉLEMY, *Acnitis* (Résumées):

OBSERVATION I

Th..., 23 ans Entré en février 1882, dans le service du professeur Fournier.

Début quatre mois avant, deux jours après une contrariété, assez brusquement, sans douleur, par le front. L'éruption consistait alors en une dizaine de petits boutons.

Un peu de fièvre les premiers jours ; pas d'embarras gastrique.

A l'entrée, la face, la tête et une partie du corps sont couverts de boutons donnant l'aspect d'une éruption d'acné très abondante, ou même d'une variole de moyenne intensité. On sent à leur niveau

une petite induration nodosiforme, située plus ou moins profondément sous la peau, laquelle présente alors une coloration rouge, surtout quand la lésion est superficielle, comme à la face. En d'autres points, dans la région lombaire, par exemple, on sent facilement, au palper, de petits grains durs roulant sous le doigt comme de petits grains de plomb, et ne s'accusant à l'extérieur par aucun signe. De même aux aisselles. Il en existe, mais beaucoup moins profonds au niveau du quatrième orteil gauche, deux ou trois à la main gauche, quatre ou cinq à la droite.

Mais ces nodosités, tuberculeuses de forme, sont surtout remarquables à la face par leur confluence, leur degré d'évolution et leur profondeur variable. Plus superficielles en ces points, elles soulèvent la peau ; les téguments à leur niveau sont rouges, saillants, présentent en certains endroits un petit point blanc à leur sommet.

Depuis l'apparition soudaine de la première poussée qui a été aussi la plus abondante, l'éruption s'est toujours continuée par des poussées nouvelles, chacune de cinq à six petits éléments modulaires, que le malade découvre chaque jour ça et là sous la peau, en se tâtant, car il n'y a à leur niveau aucune sensation subjective.

L'évolution se fait pour chaque élément en quinze ou vingt jours environ, plus ou moins. On sent tout d'abord une nodosité sous-dermique, sans coloration ni prise de peau. Si l'on fait une incision à ce moment, on énuclée facilement un petit amas comme glandulaire avec une petite quantité de sang. Plus

tard, la nodosité devient fluctuante, puis purulente; il se forme un petit pertuis dû à l'inflammation puis à la nécrose de la peau, d'où il sort une gouttelette de pus.

Cette évolution se fait plus ou moins vite, suivant l'épaisseur de la peau. Très rapide à la paupière, elle est longue à l'angle de la mâchoire où plusieurs nodosités se développant, à côté les unes des autres, forment une petite tumeur (côté droit).

Outre la face, le cuir chevelu, la barbe, le cou, le tronc, les cuisses, les mains et les pieds sont pris, mais postérieurement à la face, sauf pour la nodosité de la face palmaire de l'orteil gauche qui a apparu presque en même temps qu'à la face.

Examiné bactériologiquement par M. Balzer, l'intérieur des pustules démontre de nombreux microbes.

5 août. — Etat général meilleur, poussées plus espacées, d'éléments en nombre plus petit, plus superficiels.

Face et corps marqués par un grand nombre de cicatrices pigmentées et de macules brunâtres.

Novembre 1882. — Malade à peu près guéri, par les toniques, la nourriture et la campagne.

OBSERVATION II

B..., 27 ans.

Début en février 1890, par le côté des tempes, la face fut ensuite envahie.

Tous les éléments ont procédé par poussées successives de telle façon que depuis 6 mois, le malade n'est jamais resté sans présenter d'anciens éléments terminés et de récents.

Vers le 15 juin, éruption de 7 pustules acnéiformes (folliculites, sébacés (?) au niveau de la nuque, 3 ou 4, en voie d'évolution récente, contiennent encore du pus.

Le malade a quelques ganglions lymphatiques en arrière du sterno-mastoïdien, surtout nets à gauche.

Le 20 juillet, zona thoracique avec douleurs, intenses, puis adénopathies biaxillaires et au niveau de chaque angle inférieur de l'omoplate.

Le malade présente, le 7 août, une saillie dure, inflammatoire de la gencive supérieure gauche, existant depuis 6 semaines : ostéo-périostite ou folliculité (?). Le malade raconte qu'il en a eu plusieurs nettes à la face interne des joues.

Actuellement il en a encore quelques autres à la main droite, dans la paume, au niveau de l'éminence hypothénar. Dans le début de la maladie, il en a eu une au pouce droit très douloureuse.

26 septembre. — Zona guéri, mais pâleur, anémie adénopathies persistantes.

5 novembre. — Eléments éruptifs devenus très rares. Auto-inoculation négative.

Depuis 2 ou 3 mois, un certain nombre de folliculites guérissent par résolution sans suppuration, mais en laissant une tâche maculeuse sur laquelle la peau desquame.

L'éruption a été moins abondante dans le premier cas. Durée de 9 à 10 mois.

OBSERVATION III

X... , 27 ans, service du Dr Besnier.

Début soudain, en avril 1890, par le nez et le menton, puis front, joues, cuir chevelu.

Nouvelle poussée en septembre, après une saison à Vichy et des bains sulfureux, aux régions primitivement envahies et en plus au cou, aux membres supérieurs, surtout en arrière et en dedans ; il en a aussi à la région antéro-externe, au-devant des genoux, aux coudes, au dos des mains, aux fesses, aux lombes.

Au 9^e mois, éruption presque épuisée.

OBSERVATION IV

De professeur J. Pick (de Prague).

D. F... négociant, vient consulter pour une éruption du visage qui, à cause de sa ressemblance avec la variole, ennuie son entourage et lui porte préjudice dans sa clientèle.

•

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Père et mère vivants, bien portants.

Cinq sœurs : trois vivantes et en bonne santé, deux mortes, l'une à deux ans, de la variole, l'autre qui était scoliotique, à 20 ans, à la suite d'étouffement de cause inconnue.

Antécédents personnels. — Variole à 16 ans.

Blennorrhagie à 20 ans.

Le malade, sujet aux furoncles et aux angines, présente de la séborrhée du cuir chevelu, avec un certain degré d'alopécie et des varices qui l'ont fait exempter du service militaire.

Le malade a perdu sa première femme, de tuberculose ; il a eu un garçon qui est de santé délicate, sans aucune maladie spéciale ; sa deuxième femme et son deuxième enfant sont bien portants.

Personne dans son entourage ne présente aucune affection cutanée.

Pas de syphilis. Pas d'alcoolisme.

Etat actuel. — Homme de taille moyenne, squelette bien constitué, mais musculature grêle et pannicule adipeux médiocre. Nœvi pigmentaires, molluscum fibreux, angiome sur la peau.

La maladie a débuté subitement, il y a six mois, par le nez, sur lequel ont apparu de petits nodules brun rougeâtre. L'affection a, quelques jours après, gagné le front et les joues. L'éruption a continué sans interruption jusqu'à ce moment. Au fur et à mesure de l'apparition de nouveaux nodules, les anciens disparaissent en laissant une cicatrice.

Actuellement, le visage, le front, particulièrement à la lisière des cheveux, les pavillons des oreilles, le cuir chevelu, la barbe, présentent des nodules plus ou moins gros, extrêmement nombreux, proéminents, de couleur rouge brun. Les dimensions de ces éléments varient de celles d'une tête d'épingle à celles d'une lentille. Certaines ont leur surface uniformément colorée et unie, d'autres présentent une croûte centrale sèche et brunâtre.

Ces croûtes adhèrent solidement aux parties sous-jacentes, et paraissent s'enfoncer à l'intérieur du nodule. Au-dessous d'elles on trouve une perte de substance profonde, s'enfonçant au-dessous des bords de l'élément.

Au-dessous du sourcil droit un grand nombre de petits nodules confluent forment comme une petite tumeur.

Quelques éléments, très peu nombreux, présentent, par exception, autour de leur croûte centrale, un liseré de pus jaunâtre. Dans ce cas, le nodule est plus volumineux et est entouré d'un anneau rouge, inflammatoire.

Les nodules sont ordinairement bien limités et nettement proéminents.

Par place, et particulièrement à la lisière du cuir chevelu, se trouvent des nodules et des tubercules (knoten) profonds, les uns à surface encore brun rougeâtre, les autres à surface cicatricielle.

Outre ces éléments, on constate d'autres nodosités paraissant siéger sous la peau, et dont la grosseur varie d'un grain de chènevis à un pois. A

leur surface les téguments sont normaux ou d'un rose livide. Ces nodosités se voient principalement sur les parties latérales du cou, du dos, des mains et aux avant-bras.

Ces éléments ne paraissent avoir aucune connexion avec les follicules pileux. De même on ne voit à leur surface ni comédon ni pore sébacé.

Le contenu d'une nodosité qui peut s'énucléer totalement, a l'aspect d'une masse jaunâtre et cireuse. L'énucléation laisse une perte de substance très petite et ne donne lieu qu'à une très petite perte de sang.

Le processus commence par la formation de petits nodules, gros comme une tête d'épingle, qui deviennent proéminents et alors rétrogradant ou grossissant encore un peu, mais lentement.

Après une courte période d'état, une croûte centrale se forme à la surface des plus petits nodules ; à ce moment la lésion prend un aspect ombiliqué.

La croûte reste ordinairement longtemps en place, puis tombe quand la cicatrice s'est formée au dessous d'elle. La cicatrisation se fait ordinairement sans aucune supuration. Si celle-ci a lieu, l'efflorescence grossit, devient acuminée, fluctuante et s'entoure d'une bordure rouge, inflammatoire. Quand cette complication survient, la destruction des tissus est plus profonde et les cicatrices plus marquées.

Le traitement interne n'a donné aucun résultat (Kl. Fowler.)

OBSERVATIONS V ET VI

De KAPOSI.

1^{er} Cas. — Homme robuste, 48 ans, présentant sur les joues, le front, les paupières inférieures et en diverses parties du corps une éruption constituée par des nodules (knoetchen), les uns aplatis, les autres surélevés, tantôt isolés, tantôt groupés, de couleur rougeâtre et de la grosseur d'un grain de chènevis à celle d'un petit pois.

Quelques-uns de ces nodules portaient à leur sommet une petite squame, d'autres une pustulette et une croûte recouvrant une masse molle et pâteuse.

La plupart de ces nodules présentaient une surface unie, lisse et pâlaient à la pression du doigt.

La profession du malade (metalpresser) éloignant toute idée d'éruption professionnelle, la cause de cette affection resta tout-à-fait énigmatique. Les nodules les plus anciens se laissaient facilement énucléer en totalité avec une sonde cannelée ou une curette tranchante. Pris entre les doigts, ils s'écrasaient facilement en donnant l'impression d'un tissu lâche, vasculaire, jaune rougeâtre.

2^e Cas. — Femme d'origine serbe, 40 ans, mariée, présentant un certain degré d'anémie et d'hystérie. Pas de maladies antérieures.

Son éruption était survenue trois mois auparavant sous forme de nodules (knoetchen) siégeant sur le visage. Elle était survenue sans cause apparente, notamment sans l'intervention d'aucun médicament (ni iode, ni brome, etc.), externe ou interne.

Tout le visage était parsemé de nombreux nodules atteignant la grosseur d'un grain de chènevis ou d'un petit pois, de couleur tantôt rouge vif, tantôt et plus souvent rouge livide ou brunâtre. Ces nodules étaient, au dire de la malade, très douloureux à la pression. Il semblait pourtant qu'il s'agissait plutôt ici d'une hyperesthésie cutanée que d'une sensibilité spéciale à l'élément éruptif.

Au niveau de la région sourcilière, les éléments étaient serrés en groupes compacts. Leur coloration livide, la présence de nodules éruptifs brun livide aux extrémités, la nationalité de la malade, tout cela faisait penser à la lèpre.

Sur le nez, sur le menton, on trouvait des nodules folliculaires d'un rouge vif, acuminés, de la grosseur d'un grain de mil ou d'une tête d'épingle, qui étaient évidemment des éléments à leur début. Les nodules plus anciens et plus gros portaient à leur sommet un commencement de fonte purulente, de sorte que l'affection pourrait être regardée comme une folliculite subaiguë avec formation de nodules de tissu jeune.

L'aspect de l'éruption au niveau du dos et des parties latérales des doigts, sur les avant-bras et les bras, aux genoux et aux cuisses était encore plus déconcertant. Elle était constituée par des

éléments éruptifs et des nodosités (knoetchen) de la grosseur d'une lentille à celle d'un pfenning, de coloration rouge brun ou livide, nettement limitées, légèrement saillantes, et dont la surface était tantôt complètement lisse et mince, tantôt recouverte, en son centre, d'un point hémorrhagique légèrement déprimé.

Cette éruption ressemblait en partie à une lèpre maculo-papuleuse au début, en partie à un érythème noueux, surtout eu égard au siège des éléments. Sur les doigts on remarquait, en outre, des hémorrhagies punctiformes et des éléments nécrotiques durs et bien limités, en même temps que des nodules aplatis avec dépression centrale ecchymodique, altérations ressemblant à des engelures ou au lupus érythémateux.

Pendant son séjour à la clinique, la malade présentait de nombreuses poussées d'éléments éruptifs, tout à fait analogues aux précédents, sur les extrémités inférieures, sur le visage et le cuir chevelu.

OBSERVATION VII

De COLCOTT-FOX.

Jean B..., âgé de 16 ans, très pâle, d'aspect phthisique, a perdu l'annulaire de la main gauche et le gros orteil du pied droit à la suite d'une affection osseuse. Ses mains et ses pieds présentent des

altérations analogues à celles de ses sœurs. Chez lui on voyait aussi, aux coudes et aux genoux, une éruption psoriasiforme. Il existait, de plus, au-dessus et surtout au-dessus des articulations du coude, à la face des flexions et aussi au cou, des cicatrices, restes d'anciens abcès. Aux membres on voyait quelques tumeurs sous-cutanées chroniques, et je tiens à faire observer que je ne pouvais les considérer comme des gommes scrofuleuses des auteurs français. Le visage offrait un aspect plus remarquable encore. Il était si défiguré par la quantité et la confluence de ces tumeurs, ainsi que par une certaine teinte foncée due à un état congestif, qu'il ressemblait, d'extraordinaire façon, à un cas de lèpre tuberculeuse. Au moment où j'écris cette observation, toutes ces tumeurs ont complètement disparu sans laisser aucune trace. Les oreilles de l'enfant présentaient des cicatrices analogues à celles qu'on observe à la suite du lupus érythémateux de la maladie de Raymond ou des engelures.

OBSERVATION VIII

De S. POLLITZER

J..., M..., âgé de 20 ans, a toujours joui d'une bonne santé, abstraction faite des maladies de l'enfance.

Tempérament extraordinairement nerveux, se traduisant quelquefois par des crises d'hystérie, il

est moyennement développé, mais ne paraît pas très robuste.

Le malade appartient à une famille composée de six membres qui jouissent tous d'une santé excellente.

M. . . , n'a jamais souffert antérieurement d'aucune affection cutanée : il n'a pas eu d'acnée. Il paraît plus âgé qu'il n'est réellement et présente pour son âge, une barbe extraordinaire. Pas de syphilis. Pas de tuberculose.

Rien à signaler comme antécédents héréditaires.

L'affection pour laquelle il vint consulter avait apparu quatre mois environ auparavant, sans raison connue et avait présenté dès le début, les caractères particuliers qu'elle garda pendant toute son évolution.

L'éruption était localisée exclusivement à la face et au cou. Sur les joues, le menton, le bord inférieur de la mâchoire, les parties antérieures et latérales du cou, des épaules se trouvaient disséminés une vingtaine d'éléments éruptifs à divers degrés de leur évolution, à savoir :

1^o Des élevures cutanées, petites, arrondies, nodulaires, de la grosseur d'un pois, rougeâtres. Quelques-unes avaient un centre jaunâtre comme si elles contenaient du pus ; d'autres présentaient, à leur surface un revêtement épidermique qui, après éclatement, formait des collerettes concentriques.

2^o A la partie centrale de quelques nodules, de petites crotelles de couleur sâle, grisâtre.

3^o Des cicatrices arrondies ou ovalaires et des

macules pigmentées d'une largeur moyenne d'un centimètre.

On pouvait, en outre, par un palper minutieux, découvrir, dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans la partie profonde du derme, de nombreux petits nodules, durs, arrondis ou ovalaires, qui donnaient l'impression d'un petit grain de plomb enchâssé dans la peau. Leur sensibilité à la pression était nulle, aussi l'affection ne déterminait-elle aucun symptôme subjectif, si, ce n'est peut-être et accidentellement un léger prurit.

En observant ces diverses lésions pendant quelques semaines, on se rendait tout de suite compte des relations qu'elles présentaient entre elles. La néoplasie débutait par un nodule profondément situé que le malade découvrait par hasard en se tâtant et qui paraissait situé dans le tissu sous-dermique. Tout d'abord il n'y avait aucune participation de la peau à la lésion et aucune altération de sa surface. On pouvait facilement la faire rouler en tout sens et la presser au-dessus du nodule. Le volume de celui-ci augmentait progressivement et atteignait en treize ou quatorze jours la grosseur d'un pois. A ce moment la tumeur était légèrement saillante, arrondie et un peu sensible à la pression.

Puis les téguments, à la surface, rougissaient et parfois les lamelles épidermiques, cédant à la pression du bas en haut, s'exfoliaient. A ce moment la néoformation avait envahi le derme et la peau ne se laissait plus mobiliser à sa surface. Lorsque la petite tumeur était arrivée à son stade, sa partie moyenne

devenait jaunâtre, comme s'il se passait dans son intérieur un processus suppuratif, puis l'épiderme s'ouvrait et laissait sortir, par un ou plusieurs orifices, une ou deux gouttes d'un pus crémeux mélangé d'un peu de sang et parfois de quelques débris sphacelés. Quelquefois la sécrétion desséchée formait une croûte extrêmement adhérente et comme pénétrante dans les orifices précités. Au bout de quelques jours, cette croûte tombait d'elle-même pour laisser voir une surface rouge sombre et pigmentée pendant plusieurs mois. Une cicatrice légèrement déprimée est l'aboutissant final de la lésion.

L'évolution complète d'un élément est de quatre semaines. Le nodule demande de douze à quatorze jours pour atteindre la grosseur d'un pois. La suppuration et la formation de la croûte exigent quatre à cinq jours. La résorption de l'infiltrat et la formation de la cicatrice se font en deux semaines environ.

Cette évolution normale a présenté quelques exceptions :

Plusieurs nodules voisins sont arrivés à former une tumeur dure, aplatie, de la forme et de la grosseur d'une amande (1 cent. $\frac{1}{2}$ sur 2 ou 3) qui, finalement, a donné lieu à une sécrétion purulente sortant par de nombreux petits orifices. Dans d'autres cas, des petits nodules profonds restent abortifs, stationnaires de nombreux mois (deux sont restés tels plus d'un an).

C'est au niveau de la branche horizontale du maxillaire inférieur et sous le menton que se trouvait le plus grand nombre des tumeurs. En ces régions,

les poils étaient très épais et on n'en trouvait aucun altéré ou tombé et, plus tard, les poils repoussèrent sur les cicatrices de façon normale, preuve que la destruction des tissus n'avait pas intéressé le follicule pileux.

Le développement des nodules se faisait par poussées de un ou deux, six au plus et les poussées successives se faisaient à des intervalles irréguliers variant de quelques jours à quelques semaines, au point que, pendant neuf mois que dura sa maladie, le malade ne fut à aucune époque indemne des lésions à des degrés quelconques de leur évolution. Pendant la plus grande partie du temps on put observer ensemble tous les stades de l'affection, depuis la formation des nodules sous-cutanés, jusqu'à la formation des cicatrices et des macules terminales. C'est vers le 4^e ou le 5^e mois de son début que l'affection parut atteindre son apogée. A cette époque on ne remarqua, sur le cou et le visage, pas moins de vingt-cinq éléments à divers stades d'évolution. A partir de cette époque, l'affection procéda par petites poussées à de grands intervalles. Le dernier nodule qui atteignit son dernier développement, se montra vers le huitième mois.

Les ganglions lymphatiques voisins n'étaient pas tuméfiés. Il n'y eut jamais élévation de température. Les urines, examinées à diverses reprises, ne décelèrent jamais trace de sucre ou d'albumine.

OBSERVATION IX

De HALLOPEAU et LE DAMANY

Maria G. . . , âgé de 22 ans, domestique, entre, pour la première fois, dans la salle Lugol, le 19 novembre 1894. Depuis un an elle a, dans la région carotidienne droite, de volumineux ganglions pour lesquels elle a pris de la liqueur de Fowler.

Au commencement du mois d'octobre dernier apparaissent sur les mains de nombreux boutons qui persistent.

Lors de notre premier examen, nous constatons aux doigts sur les faces antérieures et postérieures, aux mains le long du bord cubital, aux avant-bras à la partie inférieure du bord interne, enfin à la face postérieure des coudes, une éruption formée de papules rougeâtres, de papulo-pustules et de petites cicatrices. Ces lésions sont bilatérales et d'une symétrie presque parfaite.

La main gauche présente, sur la face postérieure des 2^e et 3^e phalanges des trois derniers doigts, des éléments constitués par des papules de coloration violacée, aussi nettes au toucher qu'à la vue. Quelques-unes ont, au centre, une petite dépression cicatricielle ou une croûtelette petite, grisâtre ; il en est qui sont entourées d'une fine collerette épidermique. Sur la face postérieure de l'articulation phalango-

phalangienne du médius, deux ou trois de ces papules ont, au centre, au-dessous d'une croûte, une gouttelette de pus jaunâtre et crémeux.

Sur la face postérieure des premières phalanges, les éléments éruptifs existent, mais ils sont rares et petits ; le long des bords interne du pouce, externe du petit doigt, ils sont, au contraire, nombreux. Au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes les papules sont peu nombreuses, mais leurs dimensions sont plus considérables qu'ailleurs ; leur diamètre atteint 3 à 4 millimètres. •

Le long du bord cubital de la main gauche et de l'avant-bras gauche, les éléments sont groupés de façon à former des placards qui, à un examen superficiel, ressemblent à de l'eczéma.

Au voisinage du coude gauche, ces papules sont plus aplaties, plus larges (5 à 8 millimètres), leur coloration est rougeâtre, leur périphérie est squameuse.

Sur la face antérieure des doigts on voit quelques débris de pustulettes, mais surtout des cicatrices violacées, déprimées, de 2 à 6 millimètres de diamètre, entourées d'une zone érythémateuse. Ces cicatrices existent aussi sur les faces dorsales des doigts mais peu nombreuses.

La paume de la main gauche est presque indemne ; nous y voyons seulement une ou deux cicatrices.

Les lésions de la main droite reproduisent celles de l'autre main ; nous y remarquons surtout, sur la face postérieure des doigts, des cicatrices plus étendues que celles décrites à gauche.

La face postérieure des avant-bras et surtout des bras montre seulement de la kératose pilaire blanche.

En examinant la tête nous y trouvons des traces des lésions anciennes caractérisées aujourd'hui par de petites cicatrices, déprimées ou non, qui siègent principalement sur le nez, les parties supérieures et internes des joues, la région de la nuque; les oreilles et les régions mastoïdiennes. Les oreilles un peu violacées et froides, comme les mains, portent, en outre, sur le pavillon, des éléments papulo-croûteux.

Sur la partie supérieure de la face intérieure des cuisses nous trouvons, à droite, une croûte brunnâtre entourée d'une aréole violacée, à gauche une cicatrice pigmentée.

Au devant du genou gauche, vers l'extrémité inférieure de la rotule, une croûte humide, brunnâtre, recouvre une ulcération superficielle entourée d'une zone inflammatoire; à droite, il y a dans le point correspondant, une lésion analogue. Leur développement n'est pas, au dire de la malade, le résultat d'un traumatisme.

Ces différentes lésions ne sont pas douloureuses spontanément; le soir elles produisent seulement un peu de prurit.

En arrière de l'angle du maxillaire inférieur, à droite, il y a un ganglion très volumineux, induré, douloureux à la pression. Du même côté, le long du bord antérieur du trapèze, une chaîne de ganglions moins volumineux, mais nettement engorgés.

L'état général de la malade est assez bon ; les différents viscères, les poumons en particulier, ne présentent rien d'anormal. Au point de vue de la syphilis, l'interrogation et l'examen n'ont donné que des renseignements négatifs ; pour plus de sûreté, la malade est pourtant soumise au traitement par l'iodure de potassium.

6 décembre. — Depuis l'entrée de la malade un grand nombre des éléments qui existaient lorsque nous l'avons examinée pour la première fois, ont disparu. Les uns ont laissé des cicatrices déprimées, d'autres de simples macules violettes. D'autres, au moins en nombre égal, se sont développés successivement, les uns sont purement papuleux, d'autres ont présenté à leur centre une petite vésicule dont la dessication a produit une croûte ou qui s'est rapidement transformée en une pustulette profonde laquelle, en guérissant, a laissé une cicatrice indélébile.

Hier, dans la soirée, apparaît au-dessous et un peu en dehors de l'angle externe de l'œil gauche, une petite plaque érythémateuse, un peu douloureuse ; aujourd'hui elle est soulevée par un gonflement qui occupe toute la paupière inférieure. La partie centrale de cette rougeur présente plusieurs petites vésicules très voisines les unes des autres.

Le 10, ces vésicules se sont ouvertes les unes dans les autres et, aujourd'hui, leur soulèvement forme un ensemble épidermique d'apparence bulbeuse, de forme aplatie, irrégulièrement circulaire, large de 12 millimètres.

La partie inférieure est déjà transformée en une croûte jaunâtre, épaisse, irrégulière. Autour de cette bulle se dessine une aréole rouge, d'une largeur de 5 millimètres. L'œdème de la paupière inférieure persiste ; il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire notable.

Le 15, la bulle est remplacée par une croûte qui recouvre une ulcération superficielle en voie de cicatrisation. La zone érythémateuse périphérique desquame légèrement.

L'état des mains et des avant-bras s'est peu modifié. Certains éléments ont encore disparu, mais de nouveaux, en nombre à peu près égal, se sont développés.

La malade sort le 26 décembre.

Le 14 janvier, elle rentre pour un panaris.

Au moment où nous avons cessé les pansements, la main gauche ne présentait plus trace d'éléments éruptifs, on ne voyait plus que les cicatrices signalées plus haut. Quelques jours après la cessation de ces pansements, toute la face dorsale de la main et des doigts et une grande partie de la face postérieure de l'avant-bras se sont recouvertes d'une éruption composée de toutes petites papules qui présentent les caractères suivants :

Les plus petites sont à peine visibles à l'œil nu, les plus grosses ont 2 ou 3 millimètres de diamètre ; les premières ont la même coloration que les téguments voisins, les autres sont rouge jaunâtre. La plupart sont isolées ; il y a pourtant quelques petits placards formés de deux ou six ou sept éléments.

Un grand nombre de ces papules sont centrées par un poil qui s'implante au fond d'une petite dépression conique et dont la base est entourée d'une fine collerette épidermique blanche.

Les éléments non centrés par des poils sont régulièrement convexes ou bien aplatis à leur sommet; quelques-uns sont acuminés; presque tous ont, au centre, une coloration blanchâtre.

Cette éruption ne cause à la malade ni douleur ni démangeaison.

Elle occupe, au membre supérieur gauche, la face dorsale des doigts sur toute leur étendue, sur les faces latérales les papules sont moins nombreuses; sur la face dorsale elles sont en grand nombre, de même sur les deux tiers inférieurs de la face dorsale de l'avant-bras. Sur la face antérieure on trouve seulement deux ou trois papules près du bord interne de la main.

Sur le coude, du même côté, on voit un groupe de placards isolés ou confluent caractérisés par une rougeur assez vive, un certain épaissement du derme et de petites croûtelles ou des squames assez épaisses, blanches, petites qui, par le grattage, prennent une coloration nacré. Il y a, en outre, des cicatrices petites, déprimées, légèrement pigmentées.

Sur la main droite les lésions présentent aujourd'hui le même aspect que lors de notre premier examen; leur disposition s'est peu modifiée; seuls, le nombre et leurs dimensions se sont un peu accrus.

Au coude droit les lésions ont les mêmes caractères qu'au coude gauche.

Le 10 avril, sur l'avant-bras gauche, l'éruption semble en voie de régression, les papules sont moins volumineuses ; elles ont une coloration beaucoup plus pâle, presque blanche. Dans les autres régions elles persistent avec les mêmes caractères.

OBSERVATION X

Du Dr A. SPIEGEL

Homme, 23 ans, originaire de la Russie du Nord.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Père vivant, un peu nerveux, mais, à part cela, bien portant.

Mère vivante et bien portante.

Le malade a eu treize sœurs, dont sept sont vivantes, mais présentent des adénopathies cervicales.

Un frère de même.

Trois sœurs sont mortes en bas âge : une d'affection inconnue, une de scarlatine et de coqueluche, une de méningite.

Antécédents personnels. — Jamais le malade n'a joui d'une bonne santé. Ecoulement d'oreilles en

bas âge. A 8 ans, rhumatismes articulaires qui l'ont obligé à garder le lit pendant deux ans (?)

En 1890 il a eu un chancre diagnostiqué chancre mou (?)

En 1894, le malade étant militaire, fit une cure de petit lait pour des adénopathies cervicales. Il prit, en outre, pendant un an du mercure et de l'iodure de potassium qui n'influencèrent en rien sa maladie.

Etat général actuel. — Le malade, de taille moyenne, a un assez bon aspect et un embonpoint normal ; muqueuses, légèrement congestionnées. Pas de cyanose. Léger œdème cutané.

Il présente des adénopathies sous-claviculaires, cervicales et sous-maxillaires.

A l'auscultation on trouve un affaiblissement du murmure vésiculaire au sommet droit et de gros râles sonores dans le reste du poumon.

Les crachats examinés n'ont pas décelé de bacilles de Koch.

Cœur. — Pointe bas en dedans de la ligne mammaire. Ventricule droit dilaté de deux travers de doigts. Bruits nets. Ton pulmonaire plus accentué. Urines normales.

Eruption. — La maladie a débuté, il y a cinq ans, par les oreilles ; elle a ensuite gagné les pieds, les bras, puis tout le corps.

Sous la peau, on trouve de petits nodules gros comme un grain de poivre, non adhérents aux

parties voisines et qui restent plusieurs mois tels quels. A une période plus avancée de l'affection, les téguments rougissent et les nodules deviennent plus superficiels ; ils présentent alors à leur centre une vésicule, puis une croûte.

Le dernier terme de leur évolution est une cicatrice pigmentée devenant blanche par la suite (en quelques mois).

L'évolution des éléments est lente.

Au moment de l'examen, le malade présentait des cicatrices nombreuses, de la largeur d'une tête d'épingle à celle d'une noisette, aux membres, aussi bien dans l'extension que dans la flexion, à la région fessière, au pénis, à la face (nez et oreilles), au dos, à la poitrine.

Ces cicatrices sont pigmentées, brunâtres, lisses, quelques-unes rappellent les cicatrices de variole, mais s'en distinguent par leurs contours réguliers et arrondis, tandis que d'autres sont comme creusées et taillées à l'emporte-pièce.

En outre, on trouvait sur le corps des petites papules brunes dissimulées, avec prédominance à la face antérieure, les unes présentant au centre une petite pustulette blanchâtre, les autres une petite croûte d'un brun pâle.

Les lésions étaient symétriques.

Au toucher, on percevait des petits nodules de la grosseur d'un pois ou d'une lentille, indolores et mobiles sous la peau normale (oreilles, avant-bras, région de la hanche, etc).

OBSERVATION XI.

DE HALLOPEAU

S..., Homme, 33 ans, entre le 22 avril 1899, dans la salle Bazin.

Il est atteint, depuis deux ans d'une dermatose qui occupe les quatre membres et qui s'est manifestée par poussées successives; il tousse depuis trois mois seulement.

L'examen du thorax dénote les modifications suivantes : la tonalité est plus élevée sous la clavicule gauche; les vibrations sont plus prononcées dans cette même région; on y entend quelques craquements secs à l'inspiration; dans la fosse sus-épineuse la tonalité est, au contraire, un peu abaissée; on y note une rudesse marquée du murmure à l'expiration; il n'y a pas d'adénopathies cervicales.

Le malade, de petite taille, maigre et pâle, est d'aspect chétif; son éruption actuelle ne remonte qu'à six mois; il y deux ans, il en a eu une semblable, localisée aux jarrets, au devant des genoux, sur le dos des mains; elle s'est effacée après avoir duré environ dix mois. Présentement, les quatre membres sont de nouveau intéressés; l'éruption est constituée par des saillies papuleuses dont le volume varie de celui d'un grain de chènevis à celui d'une lentille; leur couleur est d'un rouge sombre, leur consistance molle, leur surface arrondie; un certain nombre d'entre elles présentent, dans leur partie

centrale, une tache jaunâtre qui correspond à une goutelette de pus; cette même partie centrale est occupée, chez d'autres, par une croûte jaunâtre, chez d'autres par une ouverture ronde à contours taillés à l'emporte-pièce; chez d'autres, enfin, par une dépression recouverte d'épiderme; ces différents aspects répondent à l'évolution de la pustulette centrale qui, d'abord recouverte par l'épiderme, donne ensuite issue à un liquide purulent; celui-ci se concrète en une croûte, laquelle tombe en mettant à nu une ulcération qui guérit en laissant une cicatrice. Les dimensions des cicatrices varient entre elles d'une tête d'épingle et celles d'un grain de chènevis; leurs bords sont taillés à pic; leur fond est rosé ou de couleur normale; certaines d'entre elles sont entourées d'une aréole dans laquelle la peau desquame légèrement. Les éléments nutritifs deviennent, lorsque le malade a chaud, le siège de démangeaisons pénibles; ils sont, les uns isolés, les autres agminés en groupe dans lesquels un examen attentif permet de les distinguer. Ils sont localisés ainsi qu'il suit :

Au membre supérieur gauche, les groupes les plus élevés occupent la partie postérieure du coude; ils descendent verticalement suivant la partie postéro-interne de la région de l'avant-bras, sans former une traînée continue; ce sont des amas de papules échelonnées de haut en bas, au niveau du poignet; la face antérieure est intéressée; sur la face dorsale de la main on ne voit que deux éléments occupant la région métacarpienne, mais ils sont

nombreux sur la face dorsale des articulations métacarpo-phalangiennes de l'annulaire et du médius ; ils forment des groupes dont les dimensions atteignent deux centimètres transversalement sur un verticalement ; les espaces interdigitaux restent indemnes ; on note encore un groupe sur la face dorsale de l'index, et quelques éléments sur le dos du petit doigt, ainsi que sur la première phalange du pouce ; la paume de la main est intacte. Du côté droit l'éruption est moins abondante ; elle devient confluyente au niveau du coude ; la main est indemne. Aux membres inférieurs, la teinte des boutons est livide ; à gauche ils sont disséminés sur la partie antéro-externe de la cuisse, nombreux au devant et sur la partie interne du genou, de la jambe et de la malléole, où ils deviennent confluentes, formant aussi une masse sombre, violacée, mollassse, avec exagération des plis de la peau ; on y remarque quelques croûtelles et quelques squames. La région plantaire est indemne.

Sur le membre inférieur droit la disposition est analogue, mais nulle part l'éruption n'y est confluyente.

OBSERVATION XII

DE HALLOPEAU ET LAFFITTE

Adèle B. . . , 33 ans, ménagère, a été atteinte d'une pleurésie du côté droit, il y a six ans et demi. Elle a, depuis quelque temps, une petite toux sèche, sans hémoptysies. Elle a eu quatre enfants, dont trois sont vivants, mais fort chétifs.

État actuel, 1^{er} juin 1897. — Au côté droit, qui a été le siège de la pleurésie, la respiration est obscure, surtout au sommet du poumon. Il y a, dans l'aisselle droite, un ganglion mobile, gros comme une noix, subsistant depuis plusieurs années; quelques petits ganglions l'entourent. Au devant du muscle sterno-mastoïdien du même côté, on sent plusieurs ganglions durs, gros comme des haricots.

Face et Tronc.— Ce qui frappe d'abord, à l'aspect de cette femme, c'est une éruption acnéiforme qui lui couvre tout le visage depuis quatre mois. Cette région est uniformément rouge et, sur ce front rouge, se voit un semis très confluent d'éléments papulo-tuberculeux, gros comme une tête d'épingle. Cette éruption n'est pas prurigineuse.

Au devant du cou, la peau est normale, mais, à la partie supérieure du sterno-mastoïdien, on voit, de chaque côté, une série de trois tubercules en ligne verticale, formant des saillies arrondies, dont les plus volumineuses atteignent les dimensions d'un gros pois, et qui pénètrent profondément dans le derme. A leur périphérie, on remarque un semis de nodules semblables, mais plus petits.

A la partie postérieure du cou, des tubercules, semblables à ceux qui viennent d'être décrits, forment, par leur confluence, trois placards d'un rouge vif, échelonnés du haut en bas.

Le supérieur, et le plus grand, est transversalement situé et contourné grossièrement en forme d'S. Il mesure 5 centimètres de long et 2 centimètres de

haut, et paraît constitué par la confluence de trois ou quatre placards initiaux. Lisse et un peu déprimé au centre, ce grand placard présente un contour nettement dessiné par une large couronne de tubercules érythémateux, indurés, saillants, et s'affaissant sous la pression du doigt.

Les autres placards, situés au-dessous, sont à peu près circulaires, et plus petits ; leur surface égale à peine celle d'une pièce de 1 franc. Ils sont lisses, déprimés à leur centre et limités par des tubercules saillants, volumineux, confluent et indurés.

Enfin, autour de ces placards et dans leur voisinage, il y a un léger semis d'éléments papulo-tuberculeux, de la grosseur d'un grain de chènevis, ou d'un grain de millet.

Au devant de la poitrine on voit aussi quelques éléments rouges, acuminés, indurés, du volume d'un grain de chènevis, avec une croûte au centre.

Mêmes éléments, en petits nombre, sous le sein gauche.

Membres. — Aux coudes, aux avant-bras on observe des lésions d'acné. Elles se composent, sur chaque membre, d'une dizaine de nodules du volume d'une grosse tête d'épingle, durs, indolores et surmontés d'une petite croûte. Quelques éléments semblables sont disséminés sur le dos des premières phalanges des mains.

Cette poussée est récente. La malade dit en avoir eu des pareilles chaque année depuis l'âge de 18 ans ; et l'on remarque, en effet, sur les avant-bras, d'assez

nombreuses cicatrices blanches et petites, stigmates de ces précédentes poussées.

Aux membres inférieurs, ces nodules croûteux ne se voient qu'aux genoux, et au nombre de quatre ou cinq de chaque côté. Au genou droit, l'un d'eux s'est infecté et suppure, ce qui a provoqué une adénopathie douloureuse dans le triangle de Scarpa.

9 juin. — L'éruption du visage persiste sans aucun changement. Les placards déjà décrits à la partie postérieure du cou paraissent s'être un peu agrandis ; mais ils conservent les mêmes caractères.

Le 22, ces placards ont pris des dimensions notablement plus considérables.

Le plus élevé et le plus grand mesure à présent 5 centimètres et demi en travers sur 3 de hauteur, et sa forme est irrégulièrement quadrilatère ; sa partie médiane a pâli, et est en voie de réparation. Son bord supérieur, formé de saillies confluentes, dures, hémisphériques, est large de 2 centimètres. Son bord inférieur ne mesure que 5 millimètres de haut, et se compose de tubercules conglomérés, plus petits. L'extrémité droite de ce placard se continue avec une série linéaire de tubercules, ce qui lui donne la forme d'une raquette.

Au-dessous et en dehors se voient toujours les deux autres placards, irrégulièrement circulaires, mesurant chacun 22 millimètres dans leur plus grand diamètre. Leur couleur a pâli, leurs bords saillants se sont affaîssés. Ils sont à présent entourés d'un cercle de croûte.

En dehors, d'eux le semis de papules indiquant la

zone d'extension persiste toujours; on voit, en outre, à la région scapulaire, de nouveaux éléments papuleux, soit isolés, soit agglomérés par cinq ou six, et ne présentant aucun poil à leur centre.

L'éruption s'étend jusqu'aux régions sus-claviculaires. Il y a quelques petits tubercules sur la partie postérieure du pavillon de l'oreille.

OBSERVATION XIII

(Personnelle, inédite.)

Lucien P..., âgé de 24 ans, employé en chaussures à Lyon, rue Louis-Blanc, 77.

Antécédents familiaux : Père mort, à 37 ans, d'une pleurésie, en tout cas d'une affection pulmonaire à laquelle il semblait prédisposé. — Mère, 55 ans, bien portante. Plusieurs frères ou sœurs tous morts très jeunes, avant l'âge de six ans, de causes multiples et vagues : coqueluche, fièvre, mauvais soins, nous dit le malade. Il reste une sœur et deux frères bien portants.

Antécédents personnels : Quelques légères fièvres sans durée et sans conséquence, une rougeole, une influenza, jamais de maladies graves l'obligeant à tenir le lit. Le sujet a eu, dès sa première enfance, une tendance marquée aux éruptions. Il a eu plusieurs poussées d'impetigo, des placards de folliculites, bien souvent des furoncles; une kératite

d'une durée de quinze jours environ, ou injection conjonctivale forte, et peu de douleurs. Il affirme n'avoir jamais eu de ganglions, ni de suppurations locales.

Réformé, à l'âge de 21 ans, pour pied plat. Une varicocèle. Une poussée hémorroïdaire qui ne s'est pas renouvelée.

Sans avoir jamais eu de bronchite avec symptômes fébriles, ou l'obligeant à tenir le lit, le malade est depuis fort longtemps sujet aux rhumes. Il en a assez régulièrement un ou deux par hiver, peu intenses, mais tenaces et prolongée par le métier fatigant qu'il fait tous les jours (local étroit, respiration de poussières, maniement du cuir, des acides, de la cire, etc.)

Dans le courant de 1899-1900, il a été sujet à des oppressions quotidiennes, occasionnées par toute fatigue, même légère, monter un escalier, maintenir la tête baissée, fumer une cigarette, et déterminant une dyspnée naissante ou une sensation de douleur précordiale, en rapport avec la fatigue éprouvée. Il ne peut se coucher que sur le côté gauche.

Le dernier hiver a été particulièrement mouvementé et il lui semble qu'il supportait plus mal l'action du froid. Deux longs rhumes ont occupé tout le mois de février et de mars, avec toux et crachats minimes, sans perte de force ni interruption de son travail.

Le malade est indéniablement séborrhéïque. Il a toujours eu le visage huileux, les cheveux gras, des poussées d'acné particulièrement sur la face, furon-

culeuses sur le cou, miliaire sur le cuir chevelu. Il a également présenté, par deux fois, des séborrhôides du plastron sternal.

Le 28 septembre 1901, le lendemain d'un bal public des plus animés, Lucien P... voit pousser sur son poignet un gros bouton d'allure furonculaire, bien qu'anormalement développé.

Celui-ci mûrit, s'ulcère et coule, soigneusement entretenu par des pansements à la poix et au sain-doux. Cicatrisation en trois semaines.

Fin octobre 1901, le malade voit pousser le premier élément de son éruption actuelle. Il voit apparaître sur le menton un certain nombre de boutons rouges, peu surélevés, très peu purigineux, non confluents et non suppurants. Dès le surlendemain, il constate l'extension de l'éruption aux joues, en dehors de la région pilaire, aux lèvres. Les jours suivants, les ailes du nez, le nez lui-même, les pommettes, enfin le front se couvrirent de boutons, en tout semblables aux premiers. En une douzaine de jours, l'éruption était définitivement constituée, avec la disposition qu'elle a conservée depuis cette époque. Divers traitements, essayés sous l'inspiration de divers pharmaciens, tels que lavages à la solution potassique, à l'eau de Cologne, à la pâte de Juin, ne réussirent pas à modifier considérablement l'aspect primitif. Si quelques boutons se sont atténués, d'autres sont survenus, si bien que, lorsque le malade se présente, le 28 janvier 1902, à la clinique

de l'Antiquaille, il présente, à divers degrés, tous les types de son éruption.

Une multitude de papules couvrent le visage et leurs dispositions nous frappent tout d'abord. Leurs foyers principaux attirent l'attention sur le front et sur le menton. Le front est la région la plus atteinte. Il est couvert en entier de la racine des cheveux aux sourcils, d'une tempe à l'autre, de quantités de petites papules grosses comme un grain de millet, les plus grosses comparables à une tête d'épingle, disséminées sans ordre ni disposition géométrique, distantes d'un centimètre au moins, laissant entre elles des intervalles de peau absolument saine. Le foyer mentonnier est en grande partie caché par une barbe noire et frisottante. Les papules les plus nombreuses occupent la ligne médiane et s'égrènent symétriquement de chaque côté jusqu'à l'angle maxillo-cervical qu'elles ne dépassent pas.

Un foyer moins important occupe la région des moustaches ; le maximum se trouve encore sur la ligne médiane.

Deux trainées géométriques mettent ces foyers en communication. L'une part de la racine du nez et descend très régulièrement de chaque côté de cet organe. Dans l'angle naso-génien, jusqu'aux commissures buccales elle s'arrête. L'autre part de l'angle interne de l'œil et descend le long de la joue, en décrivant une légère courbe à concavité interne jusqu'au foyer mentonnier qu'elle rejoint. Cette seconde trainée est située exactement en avant de la limite des favoris sur le territoire desquels elle n'em-

prunte pas. Entre ces deux trainées géométriques un espace libre ou très peu atteint, les pommette et la région sous-jacente.

Bien que la plupart des papules, déjà vieilles de deux mois aient évolué dans le sens de la cicatrisation, quelques nouvelles poussées ont cependant lieu, qui nous permettent de suivre leur marche et de les retrouver à leurs premières étapes.

Les plus récentes, celles datant de quelques jours, sont constituées par un bouton rouge, gros comme une tête d'épingle consigne, d'aspect inflammatoire, entouré d'une légère aréole érythémateuse, moins foncée. Le bouton légèrement induré, tient le milieu entre la papule et la pustule. La pression est un peu douloureuse, mais il n'y a ni de douleur spontanée, ni sensation de cuisson, ni prurit. Quand le malade vient nous voir, ces boutons sont très rares et nous en trouvons à peine une douzaine disséminés sans ordre et sans lieu d'élection.

Quelques autres sont plus avancés. Le centre s'ombilique faiblement, sans que le bouton s'étende ni que du pus apparaisse à son sommet. Si à un moment, le malade presse avec ses doigts à la base de la papule, il fait sortir une goutte d'humeur, généralement suivie d'un très mince filet de sang. Les papules étaient rares également, nous n'avons pu renouveler bien souvent l'expérience. Cependant la pression faite entre deux doigts a toujours fait jaillir un léger exsudat, jamais franchement purulent, quelquefois blanchâtre, le plus souvent séreux, toujours suivi d'un perceptible suintement sanguin

qui venait mouiller le sommet du bouton. Celui-ci n'était, d'ailleurs, nullement vidé par la suite et reprenait son ancienne forme de papule acuminée ou ombilique, sans extension ni diminution.

Après avoir franchi, en un mois environ, ces deux premières étapes, au dire du malade, la papule a revêtu une troisième forme, celle-ci persistante, et qui se trouve représentée par la plus grande partie des lésions que nous avons sous les yeux, au moment de l'entrée du malade à l'hôpital. La papulo-pustule présentée s'est rétrécie, son aréole inflammatoire a disparu, sa rougeur est très diminuée ; elle a subi une dégénérescence cornée, qui donne tout à fait l'impression d'un grain de mil déposé sur une peau saine.

La petite papule est couleur cuivrée, jaunâtre ou ocre ; quelques types de transition sont encore un peu rouges. Elle est dure, tératosique. Pas de pédicule. L'ombilication persiste dans la plupart d'entre elles, à peine visible, réduite à un point. La très légère récution du début à la pression a complètement disparu. Toute l'évolution, a d'ailleurs, été tout à fait indolente.

Chaque papule est généralement isolée. Sur certains points particulièrement atteints elles se réunissent par bouquets de quatre ou cinq efflorescences rarement plus. En aucun point, même le plus confluent, elle ne reposent sur une base érythémateuse, ni ne créent une irrégulation quelconque autour d'elles.

En même temps, le malade porte sur le cou une éruption d'acné furonculaire.

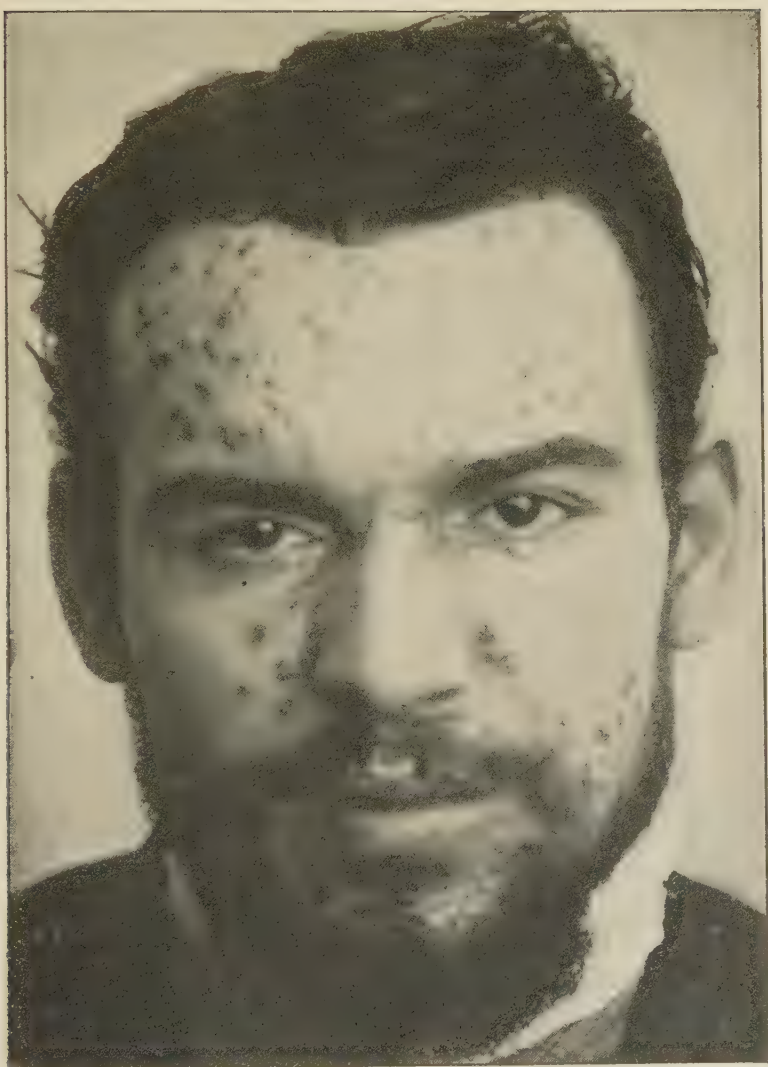
La disposition spéciale des lésions sur les régions séborrhéïques nous ayant fait penser à une affection dépendant des organes sébacés, nous soumettons le malade au traitement soufré. Sans penser que le traitement ait pu influencer, en bien ou en mal, sur l'évolution, nous constatons divers changements.

Les petites papules jaunâtres et dures s'affaissent peu à peu en un mois ou plus. Celles du front commencent, celles du menton sont plus tenaces. Le grain s'affaisse peu à peu sans suppuration, laissant persister, en son lieu et place, une petite tache pigmentaire de même dimension, au niveau de laquelle le doigt perçoit encore une très superficielle induration. La couleur varie du jaune au brun foncé, et ne disparaît pas sous le doigt ; une petite croûte la recouvre momentanément, que le lavage fait disparaître sans décoller d'ulcération ou même d'érosion en dessous d'elle. Quelques-unes ont pâli un peu, pas une n'a disparu encore complètement.

Une dernière poussée, en avril 1902, nous a permis de retrouver tous les types déjà décrits ou déjà vus, car elle a subi les mêmes péripéties que la première, mais a des éléments très diminués en nombre et une tendance nouvelle à envahir le dessous des genoux.

Dans ce dernier mois, de petits nodules roses, encastrés dans le derme, ont fait leur apparition

sous la main et l'avant-bras, au nombre d'une dizaine environ en tout. Ils sont durs, mobiles, indolents, intra-dermiques et n'ont pas évolué depuis plus d'un mois.



CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

Les recherches anatomo-pathologiques qui ont été faites dans tous les cas de l'acnitis n'ont pas donné des arguments décisifs en faveur de la nature tuberculeuse de l'affection, mais la bactériologie et l'expérimentation n'ont pas encore confirmé. Ces recherches ont bien montré le siège des lésions et les éléments dont celles-ci sont composées, mais l'interprétation de toutes ces données n'a fait faire aucun pas en avant à la question des tuberculides.

Dans l'examen fait, en 1891, par M. Durier, il s'agissait des malades observés par M. Barthélemy (Obs. I et II).

La recherche des bacilles, tentée par divers procédés sur un certain nombre des coupes, a été négative. Les ensemencements sur gélatine et sur gélose, faits avec du sang prélevé avec soin sur quelques papules sont demeurés stériles.

Voici, *in extenso*, le compte rendu des résultats obtenus par M. Darier.

Examen histologique. — « L'examen histologique a porté sur deux fragments de peau excisés sur le malade ; l'un (*a*) siégeait sur le front et comprenait un élément éruptif à son premier stade de développement, c'est-à-dire à l'état de petit tubercule dur enchâssé dans le derme.

L'autre (*b*) a été pris sur le nez, au niveau d'un élément ressemblant à une acné indurée sur le point de s'ouvrir et présentant un petit point jaunâtre central à l'orifice d'un follicule.

Ces deux pièces ont été durcies dans l'alcool et réduites en coupes qui ont été diversement colorées.

A la période d'état (*pièce b*), la lésion consiste essentiellement en la présence d'un tissu de nouvelle formation infiltré dans le derme autour d'un follicule pileux. Ce tissu nouveau est composé :

1^o De cellules épithélioïdes, c'est-à-dire d'éléments assez gros, polygonaux, à protoplasma granuleux renfermant un ou plusieurs noyaux qui ne se colorent pas très vivement.

2^o De cellules rondes lymphoïdes ou embryonnaires qui abondent surtout vers le bord du néoplasme.

3^o De cellules géantes de toutes dimensions, les unes typiques avec leur centre granuleux et leur couronne de noyaux ; d'autres, plus petites, offrant plus d'analogie avec les cellules épithélioïdes ; ces dernières contiennent plusieurs noyaux non péri-

phériques et sont évidemment des cellules géantes incomplètement développées ; les unes et les autres sont très nombreuses et l'on trouve même de véritables petits amas composés uniquement de cellules géantes.

Ces différents éléments paraissent, au premier abord, assemblés sans ordre et pêle-mêle, si l'on considère le centre du nodule arrivé à la période d'état (*pièce b*).

Mais si l'on porte son attention sur les bords de ce nodule, ou bien si l'on étudie les coupes de la pièce (*a*), on reconnaît que les éléments ont manifestement une tendance à se disposer en follicules. Au sein du tissu dermique on voit, en effet, des groupes de cellules épithélioïdes avec une ou plusieurs cellules géantes constituer des amas arrondis, à structure vaguement concentrique, autour desquels des cellules rondes forment une auréole à contours mal définis. On comprend alors que le gros nodule est lui-même formé de follicules agglomérés et confluent.

Quant au siège de la néo-formation, le nodule de la pièce (*b*) est manifestement développé autour d'un follicule pilo-sébacé qu'il a en partie détruit ; on voit sur une coupe passant par son axe, une sorte d'entonnoir rempli par une croûte qui est l'orifice par où sortait le poil. Le poil lui-même est tombé, ses gaines épithéliales sont en partie détruites par ulcération et, à leur place, il y a une petite cavité remplie d'une matière puriforme composée d'éléments mor-tifiés et désagrégés, cavité limitée par le tissu du

néoplasme, d'une part et d'autre part, par des fragments qui subsistent encore des gaines épithéliales.

Le tissu nouveau forme en somme un nodule arrondi tout autour de ce follicule pileux altéré et remonte latéralement jusqu'au voisinage de l'épiderme superficiel ; il tend, en un point, à ulcérer l'épiderme et aurait probablement, dans la suite, fait irruption au dehors. Il s'agit donc d'une lésion qui est manifestement péri-folliculaire à sa période d'état et qui, par son siège, se rapproche donc des acnés.

Je n'ai pas trouvé trace de la glande sébacée sur les coupes de ce nodule.

Le point de départ de la lésion est lui-même péri-folliculaire, ainsi qu'on peut s'en assurer en étudiant les coupes de la pièce (a).

La lésion m'a paru débiter surtout au voisinage de la partie profonde des follicules pileux et non particulièrement vers la glande sébacée. Il est probable que plusieurs petits centres de formation confluent pour constituer les nodules plus volumineux. Toutefois, je n'ai pu préciser exactement le lieu d'origine exacte du travail morbide, ses rapports avec les vaisseaux, avec les glandes sudoripares, etc., à cause de l'insuffisance du matériel que j'avais à ma disposition. J'ai vu, en un point, un follicule pileux enflammé près de son cal entouré de cellules rondes et épithéloïdes, et dont le poil était dévié et contourné en spirales.

Quoi qu'il en soit, on peut affirmer qu'il s'agit ici d'une périfolliculite à caractères spéciaux ; le

groupement particulier des éléments nouveaux dont un très grand nombre ont l'apparence épithélioïde, la présence de cellules géantes abondantes, tout cela devait conduire à soupçonner, dans ce cas, une cause infectieuse donnant lieu à un processus de réaction subaigu et non suppuratif. J'ai songé un instant à la tuberculose. Mais je dois ajouter, à ce point de vue, que sur de nombreuses coupes colorées par les deux méthodes universelles de Kühne ou par la méthode de Weigert, je n'ai pas trouvé de microbes qu'on pût incriminer. La recherche des bacilles de Koch m'a également donné des résultats négatifs.

Il est donc absolument nécessaire, pour élucider la nature de cette affection, de faire de nouvelles recherches, de mieux préciser le point de départ de la lésion, de faire l'examen du contenu des nodules soit sur des lamelles, soit à l'aide des cultures ; enfin l'inoculation aux animaux fournirait à cette étude un appoint des plus importants.

Provisoirement on peut conclure à une inflammation d'origine probablement infectieuse subaiguë, péri-folliculaire, évoluant sur plusieurs follicules pileux à la fois et les atteignant dans leur partie profonde, donnant lieu, par confluence de plusieurs petits centres, à la formation d'un nodule, qui est finalement évacué au dehors ».

Examen histologique des lésions chez le malade que nous avons observé. — Trois de ces petites tu-

meurs à des périodes différentes de leur évolution furent examinées.

Pièces recueillies dans l'alcool, inclusion à la gomme, coloration au picro-carmin et à l'hématosine.

Les coupes comportent :

Une papule toute entière, saillante et donnant une demi-lune, c'est-à-dire un bord convexe répondant à la surface et un bord rectiligne répondant à la surface d'abrasion.

La première constatation qu'on fait est celle-ci : La présence de nombreux tubercules qui se logent en écartant les faisceaux conjonctifs du derme.

Ces tubercules sont tout récents, sans caséification réduits à une nappe épaisse de cellules embryonnaires au centre de laquelle se fait un petit îlot de cellules épithéliales, pour ainsi dire, et au centre de chacune est une belle *cellule géante*.

En s'avancant vers le bord convexe de la coupe, c'est-à-dire vers la surface, ces tubercules à cellules géantes sont plus rares dans les papilles hypertrophiées, et, dépassant, on voit une véritable nappe de cellules embryonnaires, prenant çà et là, et par petit foyer nodulaire, l'aspect épithéloïde.

L'épiderme, tout-à-fait à la surface, s'amincit ; le corps muqueux de Malpighi tend à disparaître presque complètement et, tout à fait au sommet de la papule, il ne subsiste de l'épiderme que le stratum granulosum, et une fine couche de cellules lamineuses de stratum cornéen.

Les bourgeons intra-papillaires, à ce niveau, ne sont plus représentés que par des îlots de cellules de corps muqueux de Malpighi, perdus dans les cellules embryonnaires de la néo-formation tuberculeuse.

Les poils, les glandes sébacées, que l'on rencontre à ce niveau, baignent dans la nappe inflammatoire, mais les glandes sébacées n'offrent aucune trace d'hyperplasie pouvant être de nature adénomateuse. C'est à peine si quelques cellules inflammatoires les infiltrent à la périphérie, mais elles ne subissent ni hypertrophie, ni hyperplasie de leurs éléments propres.

CHAPITRE IV

Clinique

Les malades atteints de tuberculides présentent, si l'on en juge par les observations qui précèdent, un ensemble symptomatique bien caractéristique

L'éruption est plus ou moins généralisée ou diffuse, mais elle offre toujours quelques foyers de prédilection où les éléments sont plus abondants. Ces foyers sont : les membres supérieurs, au niveau de la face dorsale des doigts, du dos de la main ; les avant-bras du côté de l'extension. Les cuisses et les jambes semblent ensuite être le plus fréquemment atteintes. La figure est souvent touchée ; dans cette région les lésions se localisent sur le front, particulièrement à la lisière des cheveux, les pavillons des oreilles, le nez, les joues, le cuir chevelu et le menton. Enfin, on a noté des éléments éruptifs sur le dos, l'abdomen, les lombes. On a

signalé, comme localisations beaucoup plus rares, la paume des mains et la plante des pieds.

Les lésions débutent par de petites nodosités de la dimension d'une tête d'épingle à un grain de millet, sans modification de la peau. Ces nodosités sont dures, arrondies, intra-dermiques ; elles, roulent librement sous le doigt, entre les téguments et les plans profonds et ne sont pas douloureuses spontanément ni à la pression. Ces éléments évoluent lentement. Après un certain temps, ils forment des élevures un peu plus considérables, rouges, surmontées d'un petit soulèvement épidermique plus ou moins marqué suivant les cas. Ce petit soulèvement ne tarde pas à présenter, en son centre, une petite vésicule ou une vésico-pustule, contenant de la sérosité citrine ou grisâtre que l'on peut faire sourdre par la pression. Autour de la papule existe une légère zone inflammatoire de couleur rose ou rouge, que la pression du doigt fait disparaître. La vésicule s'ombilique et se creève.

A ce moment le nodule a atteint la dimension d'un pois. A la place de la vésicule apparaît une toute petite ulcération, parfois à bords taillés à pic, qui se couvre immédiatement d'une croûte blanche ou brunâtre entourée quelquefois d'une collerette épidermique. Enfin, après un temps plus ou moins long, la lésion semble s'arrêter. Le module s'affaisse, s'aplatit, tout en conservant sa forme papuleuse ; l'inflammation se calme, la rougeur diminue de plus en plus, la croûte se dessèche et

tombe et, à sa place, apparaît une cicatrice centrale, déprimée, régulièrement, arrondie, comme faite à l'emporte-pièce, ressemblant assez bien à la cicatrice de la variole, rougeâtre quand elle est récente, brunâtre quand elle est ancienne, et entourée d'une aréole plus ou moins pigmentée. L'aspect de cette cicatrice rappelle parfois celui des cicatrices des lésions syphilitiques.

Tous les éléments évoluent, en général, comme nous venons de l'indiquer. Parfois, cependant, un certain nombre avorte et se résorbe.

D'une façon générale, les lésions sont plutôt superficielles, elles n'envahissent pas les tissus sous-jacents à la peau. Parfois, plusieurs lésions, situées trop près les unes des autres, se réunissent et donnent ainsi lieu, à leur période d'ulcération, à une sorte de petite ulcération ressemblant assez bien aux ulcérations scrofulo-tuberculeuses.

L'éruption se faisant par poussées successives, on trouve sur un même malade des lésions à tous les stades de leur évolution. Au milieu de lésions en pleine activité on en trouve d'autres qui sont, au contraire, presque à la fin de leur existence. Au milieu de toutes ces variétés se voient des cicatrices les unes rougeâtres, les autres brunâtres, ou blanchâtres, derniers vestiges des éruptions antérieures et successives. Quelquefois, les lésions affectent une disposition plus ou moins symétrique.

Les phénomènes généraux n'existent pas. Dans la majorité des cas, les lésions que nous venons de décrire n'occasionnent aucun symptôme fon-

tionnel. La fièvre ne se montre presque jamais, l'éruption est complètement apyrétique.*

Parfois, au moment de l'éruption, le malade ressent une légère douleur à l'endroit où se fait l'éruption. Cette douleur est toujours très peu accentuée et ne nécessite que rarement des soins.

La marche de l'affection est chronique, mais elle n'est pas uniforme dans tous les cas. Les poussées éruptives peuvent se faire pendant de longs mois, avec persistance, d'une façon subintrante. D'autres fois, au contraire, les lésions n'apparaissent qu'à certaines saisons de l'année. Tantôt c'est le froid qui semble être la cause de l'éruption, tantôt la grande chaleur.

Quant à savoir quelle est la terminaison d'une semblable affection, nous ne pouvons encore le dire. « L'affection, en effet, comme dit Beaupret, n'a été observée que depuis trop peu de temps, les malades vivent encore pour la plupart ».

Les tuberculides de groupe acnitis débutent assez brusquement, au cours d'une bonne santé, sans démangeaisons, sans piqûres, sans grattage, sans fièvre, sans symptômes généraux ni locaux précurseurs, par l'apparition à la face (tempes, front, frontière du cuir chevelu) d'un certain nombre de petites saillies sous-cutanées.

Chaque élément consiste en une petite nodosité du volume d'un grain de millet, très dure, plutôt ovale qu'absolument arrondie, paraissant sous-cutanées, bridée au front, entre la peau tendue sur elle et l'os.

Le malade ne ressent aucune douleur; ce n'est absolument que par la saillie et la dureté de la nodosité qu'il s'aperçoit de son affection; aussi, n'est-ce qu'à cause du nombre et de la répétition des poussées éruptives qu'au bout de plusieurs mois il se décide à venir consulter.

Peu à peu la saillie se développe, de grain de millet devient lentille, puis petit pois, mais ne dépasse guère ce volume, quand la lésion est isolée; quelques-unes, rares, sont si voisines qu'elles forment un petit groupe.

Au bout de huit jours, la saillie sous-cutanée est complètement développée; il n'y a absolument encore aucune lésion cutanée proprement dite. Vers la fin de la maladie, les lésions se développent plus difficilement, semblent végéter, en tous cas semblent moins volumineuses; quelques-unes alors sont exclusivement dermiques.

Si, après les huit ou dix premiers jours, on vient à inciser la folliculite, une gouttelette de pus se montre dans presque tous les cas; le pus est pur, crémeux. A ce moment, la nodosité est encore très dure. Si, au lieu d'être incisée, la folliculite est abandonnée à son évolution propre, peu à peu elle se ramollit; c'est alors, mais alors seulement, que semble se prendre le derme et qu'on le voit rougir; bientôt du centre suinte une gouttelette de pus et, au bout de deux à quatre jours, de sérosité sanguinolente.

Bientôt une croûte se forme, rougeâtre, puis noirâtre, sèche ou, du moins, assez résistante. C'est à ce moment, ou bien un peu avant et un peu après

l'ouverture de la lésion, que l'aspect de la face est bien véritablement acnéiforme et qu'on s'explique le diagnostic d'acné nodulaire profond, primitivement posé.

Quelques jours après, la croûte tombe; il reste une cicatrice parfois déprimée au centre, toujours fortement pigmentée, ou bien une simple macule brunâtre sans cicatrice, longtemps persistante.

En moyenne, la durée de chaque élément est d'environ un mois, à savoir : dix à douze jours pendant lesquels évolue la nodosité, trois ou quatre jours de suppuration proprement dite, puis une dizaine de jours pour que la croûte se sèche et tombe.

Quelques éléments, relativement rares, sont plus petits, comme avortés, siégeant dans des points où la peau est fine comme aux paupières, évoluent vite, en huit ou neuf jours; un plus grand nombre sont plus volumineux et évoluent plus lentement. C'est ainsi qu'au front et au cuir chevelu se montrent des nodosités qui gardent l'aspect, dans le premier siège, d'*acné*; dans le second, de *kérion*, pendant plus de deux mois.

Après la tête et la face (région favorite), sont envahis : le cou, puis le tronc, les lombes, les aisselles, les bras, les mains et les pieds.

C'est trois mois après son début que l'éruption semble être à son apogée. On peut compter alors, rien qu'à la face, de 120 à 180 éléments; le reste du corps, dans sa totalité, en contient un nombre à peu près égal.

C'est sur le tronc ou aux aisselles que l'on se rend bien compte du siège primitivement sous cutané des lésions : elles s'y développent dans l'hypoderme, sous forme de petits grains de plomb et ne s'accusant à l'extérieur par aucun signe.

Tous ces éléments, d'ailleurs, apparaissent par poussées successives, douze ou quinze à la fois, pendant les mois d'activité ou d'intensité morbide ; plus tard, trois ou quatre seulement. Ces poussées ont lieu, au début, tous les deux ou quatre jours ; plus tard, de huit ou quinze jours ; mais de telle façon que, depuis six mois que l'affection durait, lors du premier examen du sujet, le malade ne reste sans présenter à la fois et d'anciens éléments terminant leur évolution et de nouveaux, la commençant.

La maladie est de longue durée : de dix à douze mois ; dès le troisième ou le quatrième, le malade est assez fortement anémié. La maladie guérit, dans tous les cas, mais seulement quand les toniques eurent triomphé de cet état général devenu mauvais. Les mercuriaux et les antiseptiques ont semblé inactifs contre l'état local.

CHAPITRE V

Diagnostic

Nous rangeons cette éruption cutanée parmi les acnitis, terme d'ailleurs impropre, mais représentant, pour le dermatologue une certaine forme de tuberculides, dont les caractères essentiels sont :

1^o L'apparition indolente, et non prurigineuse de petites papules ombiliquées, rougeâtres, un peu inflammatoires au début, légèrement pustuleuses, enfin circonscrites et cicatricielles, sans participation de la peau voisine.

2^o Le début et la prédominance faciale.

3^o La diminution sans groupement, la symétrie fréquente.

4^o L'évolution par poussées subdivisantes, et la marche descendante de l'éruption.

5^o Le manque de relation avec l'appareil pilo-sébacé.

6^o La persistance de la lésion, malgré tous les

traitements, sous sa forme d'acné, et surtout sous sa forme cicatricielle. Cette persistance est notée dans presque toutes les observations. Dans aucune nous n'avons vu signaler la disparition complète de l'effervescence. Et, cependant, Barthélemy suivit ces cas pendant 16 mois et 10 mois; Piet, Politzer, pendant plus d'un an et demi.

Nous ne concluerons pas, avec les auteurs, que le début par un nodule sous-cutané soit une nécessité. D'ailleurs, ce n'est pas un fait clinique constant. Il n'est pas signalé dans l'observation très précise de Piet (*Archiv. für Derm. und syph.* 1894); Kaposi qualifie les premiers boutons de « knotchen », ce qui signifie aussi bien papule et tubercule, que nodule sous-cutané. Il les déclare, d'ailleurs, surélevés pour la plupart. Dans notre cas, le début était nettement intradermique.

Nous avons à établir :

1^o Le diagnostic de l'acnitis avec les autres formes de tuberculides cutanées.

3^o Son diagnostic avec les lésions similaires non suspectes de tuberculose.

I. — Il est certain que nous adoptons la division des tuberculides en : folliclis, tuberculides lichénoïdes et tuberculides nodulaires.

On a classé sous le nom de « folliclis », quantité de lésions rappelant plus ou moins les folliclites, et entre lesquelles la tuberculose est venue, depuis la communication de Darier, créer un lien étiologique. Depuis les folliculites disséminées dans la partie glabiale de Brocq (1890), depuis ces granulous innomi-

nés de Tenneson (1896), en passant par les hydroadénites disséminées suppuratives de Dubreuilh (1893), tout est rangé parmi les folliclis. Et s'il en est dont la nette localisation aux extrémités, l'évolution lente et chronique fasse un type à part, la plupart d'entre elles sont moins précises et constituent entre l'acné et la folliclis toute une série d'intermédiaires. Le diagnostic n'est souvent pas possible. De plus il est bien inutile, le pronostic et le traitement, étant parfaitement bien semblables dans les deux cas.

Les groupes lichénoides présentent une autre individualisation. Les éruptions sont représentées par une série de petits éléments non infiltrés et acuminés, en relation ordinaire avec l'appareil sébacé.

Elles apparaissent et se disséminent rapidement, avec une tendance marquée à former des groupes, des placards, des bourrelets. Les extrémités sont généralement indemnes, le maximum de confluence se trouvant sur les membres, côté extension. En pleine période d'état, les éléments débarrassés de leur croûte, sont constitués par de vraies ulcérations peu profondes, mais quelquefois étendues en placards. Tout autant de différentiels. Sauf pour quelques formes très ulcéreuses, nécrotiques ou pemphigoïdes accompagnant les états caractéristiques est identique à celui des formes précédentes.

Le groupe nodulaire, avec son début franchement sous-cutané, l'ulcération consécutive de la peau, l'ecthyma qui a pu constituer cette ulcération est également d'un diagnostic facile. Dans ce groupe restel'érythème induré.

II. Parmi les affections non tuberculeuses, la première à éliminer était la *syphylis*, puisque le malade s'en croyait atteint. Seule d'indolence et la spontanéité de l'éruption pouvaient y faire songer, car, outre l'absence absolue d'antécédents, la limitation de la lésion à la face, l'aspect de papules, pustules des lésions récentes, ombiliquées ou très légèrement cratériformes, la dégénérescence cornée des anciennes, et leurs cicatrices brunâtres bien délimitées, ne rappelaient en aucune façon une syphilide. La marche anormale suffit à faire question de cette hypothèse.

Au contraire, la ressemblance était très grande avec une affection de l'appareil séborrhéique. A première vue, on était frappé, de la localisation au menton, au front à la racine du nez, dans les sillons naso-géniens où se trouvaient les deux trainées obliquement descendantes en dehors et en bas, si caractéristiques des affections d'origine sébacée. Le hasard nous ayant mis en présence, chez Kaposi, de traces d'adénomes sébacés de la face, maladie assez rare, nous retrouvons chez ce malade tous les caractères objectifs que nous avons déjà entrevus. Des moulages que nous avons examinés à l'hôpital Saint-Louis nous confirmèrent dans cette opinion, et nous présentons ce malade comme tel puisque le jour où nous furent communiqués les résultats de l'examen anatomo-pathologique, nous ne songions pas à l'adénome Balzer-Ménétrier, caractérisé par son revêtement cutané normal, des points blancs ou jaunes, rendus visibles par la

traction, et exprimant l'état kystique des glandes sébacées sous-jacentes, mais plutôt à l'adénome télengiectasique, type Pringle-Darier. En pareille occurrence, il ne faut pas craindre de s'arrêter aux détails ; l'adénome apparaît plutôt pendant la première enfance, pour se développer à la puberté ; il s'accompagne presque toujours d'arborisations vasculaires entourant les éléments éruptifs, ceux-ci changent de couleur et pâlissent lorsqu'on le tend. Tels qu'ils sont au début, tels on les retrouve des mois et des années après, petits, indépendants, rénitents, rouge vif, entourés d'arborisations vasculaires. Ils sont immuables dans leur forme première, et c'est là le grand point, dont l'important pronostic n'échappe pas au médecin, ni surtout au malade.

Il est permis de songer aux *acnés*, à cause de leur polymorphisme. De plus, la localisation du mal, l'aspect dans les lésions tout à fait au début, prête à confusion. Cependant, même à cette période, la réaction congestive péri-papuleuse est plus prononcée, les boutons sont moins indépendants, plus prurigineux, plus rapidement purulents. En quinze jours, l'évolution trancherait le diagnostic, s'il était besoin.

Ces affections éliminées, nous tombons dans les curiosités dermatologiques auxquelles peut faire songer le siège facial et la disposition des papules.

Le *molluscum contagiosum* est constitué par une série de petites tumeur presque pédiculées, ombi-

liquées, translucides, présentant une masse centrale blanc laiteux, facile à énucléer par pression.

Dans la *maladie de Darier*, outre la face, l'éruption s'étend aux régions postérieures des membres, aux aisselles, aux plis inguinaux, à l'ombilic. Les régions sont couvertes de petites élevures bistrées, surmontées de concrétions brunâtres, consistantes, sèches, adhérentes au follicule sous-jacent, dans lequel elles envoient un prolongement, d'où la forme de clous, de ces crounelles surélevées. Il y a, en même temps, hyperplasie des muqueuses, et surtout des lèvres et de la langue.

Les *adénomes sudoripares* sont loin d'être exclusifs à la face. Ils sont recouverts d'une peau normale ou légèrement rosée, sans trace d'ombilications ou de dépression ampuliforme, sans aréole rouge, à la base, et aussi innumérables dans leurs formes que les adénomes sébacés.

Enfin, l'*angio-kératome*, actuellement candidat au titre de tuberculides, est facilement reconnaissable par ses papules violacées, ou rouge vif, poussant sur les faces dorsales des doigts et des mains, chez les sujets aux engelures, et persistant pendant des années.

CHAPITRE VI

Etiologie, Pathogénie

Les tuberculides ne semblent pas d'une rareté extrême. Depuis que l'attention des dermatologistes a été attirée sur cette affection, il y a lieu de penser que les observations deviendront de plus en plus nombreuses.

L'âge ne paraît pas avoir d'influence sur les éruptions de tuberculides; on peut dire qu'elles se voient à toutes les époques de la vie. En somme, c'est une maladie de l'âge adulte : elle se montre rarement dans l'enfance et dans l'adolescence.

Le sexe a peut-être une influence sur l'apparition de cette affection, Beauprez (1) croit qu'elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Sur 37 cas, il note 14 hommes et 23 femmes.

La profession n'est pour rien dans l'apparition des

(1) Thèse de Paris 1898.

tuberculides. Les malades dont nous avons parlé exerçaient les professions les plus variées : cordonniers, domestiques, ouvriers, pharmaciens, employés, voyageurs de commerce, cuisiniers, etc. Un malade de M. Boeck était prêtre, un autre était étudiant.

Les saisons, au contraire, sans que nous puissions expliquer le fait, ont une grande part dans la production de ces éruptions. Dans quelques cas les poussées éruptives sont véritablement saisonnières.

L'alcoolisme et la syphilis n'ont pas, semble-t-il, d'action sur l'apparition et la marche de la maladie (Beauprez).

Il n'en est plus de même de la tuberculose. Toutes les observations sont d'accord pour montrer que ces lésions se voient presque exclusivement chez les lymphatiques, les strumeux, les sujets ayant des antécédents héréditaires tuberculeux, ou offrant eux-mêmes des tuberculoses viscérales, pulmonaires surtout. Toutefois, quelle est la nature exacte de ce rapport ? Cette question ne paraît pas encore élucidée.

La pathogénie des tuberculides n'est point encore élucidée.

Il ne semble pas qu'il faille placer cette dermatose sous la dépendance de germes vulgaires. Bien que la maladie ait des allures nettement infectieuses, on n'a jamais pu, d'une façon certaine, déceler dans les lésions la présence de bacilles de Koch.

Néanmoins on s'accorde à dire que la tuberculide est une maladie infectieuse, et, comme au début, le siège initial des lésions est dans la profondeur des tissus, on a pensé que l'agent infectieux venait, par l'apport de la circulation, dans les vaisseaux du derme et y causait les lésions que nous constatons. Hallopeau, Boeck, Darier et les autres ont soutenu cette idée. La prédominance des lésions au niveau des vaisseaux, comme le montre l'examen histologique des coupes, semble le confirmer.

Mais quel est cet agent infectieux ?

Très probablement le bacille de la tuberculose, car sous les malades porteurs de ces lésions sont des tuberculeux ou des candidats à la tuberculose. Ils présentent, pour la plupart, des gommes, des écrouelles, des adénopathies ; ce sont des strumeux, des lymphatiques ; ils ont des antécédents héréditaires tuberculeux et souvent des lésions viscérales tuberculeuses.

Malheureusement, cette relation, si étroitement affirmée par la clinique, entre les tuberculides et la tuberculose n'a point eu la démonstration nécessaire de l'anatomie pathologique et de la bactériologie. On n'a pas encore trouvé de bacille de Koch dans les lésions des tuberculides et les tentatives d'inoculation aux animaux sont restées négatives.

C'est alors qu'on a invoqué l'action d'une toxine tuberculeuse sécrétée, en un point quelconque de l'économie par le bacille et diffusant dans l'économie par l'intermédiaire du torrent circulatoire sanguin ou lymphatique.

Pour ingénieuse qu'est cette idée, elle n'est cependant qu'une hypothèse, car la présence de la toxine tuberculeuse circulant dans le sang ou la lymphe et engendrant ces éruptions, dites tuberculides, n'a pas encore été démontrée d'une façon péremptoire.

Toute aussi admissible serait l'idée qui veut que des lésions, sans être d'essence tuberculeuse, se développeraient toujours exclusivement sur un terrain préparé par l'infection bacillaire.

Ces tuberculides seraient, en un mot, des lésions paratuberculeuses analogues à ces lésions qui se développent à propos de la syphilis, sans être elles-mêmes syphilitiques et que le docteur Fournier a nommées parasyphilitiques.

CONCLUSION

I. — Dans la vaste classe des tuberculides, encore en voie de formation, doivent se ranger certaines éruptions auxquelles leur localisation à la peau et leur aspect objectif ont valu le nom d'acnitis.

II. — Les cas méritent d'être signalés quand l'histologie confirme leur origine bacillaire ; car ils sont encore mal connus et souvent confondus avec des lésions syphilitiques, acnéitiques ou nœvoïdes.

III. — Ils sont caractérisés par l'apparition spontanée, indolente et prurigineuse de petites papules disséminées sur la face et souvent symétriques. Chaque papule, ombiliquée et rougeâtre au début, produit ensuite, après pustulation légère et transi-

toire, une cicatrice cornée d'abord, puis maculeuse, longtemps persistante. L'évolution se fait par poussées subintrantes et sa marche et quelquefois descendante. Pronostic à longue échéance.

Vu :

Le Président de la Thèse,
GAILLETON.

Vu :

Le Doyen,
LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 18 juin 1902.

Le Recteur, président du Conseil de l'Université.

G. COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BARTHÉLEMY. — Mémoire sur l'acnitis. *Annales de Dermatologie*, 1901
- COLCOTT FOX. — *Brit. Journal of. Derm.*, 1901
- POLLITZER. — Hydradenitis destruens suppurativa. *Monatshefte für Prakt. Dermatologie*, 1902.
- KAPOSI. — Sur quelques formes exceptionnelles d'acné (folliculites). *Archive für Dermatologie*, 1894.
- HALLOPEAU. — Congrès de Londres. Compte rendu. Sur les rapports de la tuberculose avec les maladies de la peau. *Annales de Dermatologie*, 1896.
- SPIEGEL. — Affection rare de la peau semblable à une folliculite généralisée. *Monatshefte für prakt. Dermatologie*, 1896.
- TENNESON, LEREDDE et MARTINET. — Sur un granulome innommé. *Annales de Dermatologie*, 1896.
- HALLOPEAU LAFIEDTE. — Sur une forme papulo-éri-

thé mateuse de tuberculides. *Annales de Dermatologie* 1897.

BÆCK. — Les exanthèmes de la tuberculose. *Archiv für Dermatologie*, 1898.

BALZER et MOUSSEAU. — Tuberculides acnéiformes. *Annales de Dermatologie* 1899.

HALLOPEAU. — Nouveau cas de toxituberculides. *Annales de Dermatologie*, 1899.

HAURY. — Les tuberculides. Thèse Paris 1899.

BALZER et ALQUIER. — Tuberculides multiforme très étendues. *Annales de Dermatologie* 1900.

Annales de Dermatologie, 1890-1891. — Compte rendu des séances de la *Société française de Dermatologie et de syphiligraphie*. Communications et présentations de malades.
